

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

479

Année 1897

N^o

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 12 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

RATYNSKI (Martin-Ange)

Né à Panderma (Turquie d'Asie), le 14 août 1871.

MÉDAILLE DE BRONZE DES HÔPITAUX DE PARIS

DE LA

NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE PAR MORCELLEMENT

Président : M. TILLAUX.

*Juges : MM. { RICHET, professeur.
 { LEJARS et CHAUFFARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

479

Année 1897

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 12 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

RATYNSKI (Martin-Ange)

Né à Panderna (Turquie d'Asie), le 14 août 1871.

MÉDAILLE DE BRONZE DES HOPITAUX DE PARIS

DE LA

NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE PAR MORCELLEMENT

Président : M. TILLAUX.

*Juges : MM. { RICHET, professeur.
 { LEJARS et CHAUFFARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

— * —

PARIS

GEORGES CARRE et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	N.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
Clinique médicale	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERY
ANDRE	GILLES DE LA	NÉLATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
CHASSEVAND	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de profonde reconnaissance
et de vive affection.*

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR JULES JASIEWICZ

Officier d'Académie

Hommage de reconnaissance et de sincère amitié.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien des hôpitaux de Paris

A MES MAÎTRES

MM. Lannelongue, Polaillon
Reclus, Tuffier, Gouguenheim, Lejars

INTRODUCTION

Depuis que Simon (de Heidelberg) osa, *de propos délibéré*, faire la première extirpation du rein (2 août 1869) (1), la chirurgie rénale a pris un grand développement : on s'est attaqué au rein par toutes les voies, les indications se sont précisées, les procédés opératoires se sont suivis en se perfectionnant.

La *néphrectomie sous-capsulaire* préconisée par le professeur Ollier (de Lyon) marqua une nouvelle et importante étape (9 juin 1883) (2) dans l'histoire des interventions opératoires sur le rein. L'opération pratiquée par ce chirurgien simplifiait, en effet, d'une façon admirable les énormes difficultés que rencontrait la main téméraire s'adressant à un rein retenu de tous côtés par des adhérences variées et multiples.

Cependant le perfectionnement apporté à l'extirpation du rein par la néphrectomie sous-capsulaire ne résolvait pas toutes les difficultés : dans certains cas, en effet, cette intervention était tenue en échec par un ensemble de circonstances (périnéphrite, adhérences, etc.), rendant impossible l'extirpation en bloc

(1) *Deutsche Klinike* (année 1870).

(2) OLLIER, *Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 486.

de l'organe et obligeant l'opérateur, désireux de mener à bonne fin son entreprise, à recourir à un autre procédé moins dangereux et plus efficace, au procédé du *morcellement*, entrevu déjà par Trélat, Ollier, Péan, etc., et recommandé systématiquement par Tuffier.

C'est ce procédé que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse, afin d'en montrer, en même temps que la technique, les indications et les contre-indications.

Après avoir examiné rapidement les lésions rénales et périrénales, et plus particulièrement les *adhérences*, qui constituent les principales indications de la néphrectomie par morcellement et imposent aux chirurgiens le choix de ce manuel opératoire, nous nous efforcerons de prouver la supériorité, dans certains cas donnés, de cette opération ; nous terminerons par la description du manuel opératoire, recommandé par notre cher et honoré maître, M. Tuffier, qui a inspiré le sujet de notre thèse et que nous prions d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans le cours de nos études.

Des indications et des contre-indications de la néphrectomie par morcellement.

JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE

La néphrectomie par morcellement est indiquée toutes les fois que le rein ne peut être enlevé en bloc soit à cause de son volume, soit à cause de ses adhérences. Ces deux conditions ne sont pourtant pas tout à fait suffisantes pour justifier la méthode ; il en faut une troisième, qui mette à l'abri des hémorragies du parenchyme rénal fragmenté : nous venons de nommer la modification scléreuse de ce parenchyme. Or, de toutes les maladies du rein, celles qui réunissent au plus haut chef ces trois conditions sont les pyélonéphrites calculeuses anciennes ou tuberculeuses. On nous permettra donc de passer rapidement en revue les modifications pathologiques survenant dans ces cas dans le rein et autour du rein et constituant les indications sus-mentionnées.

Mais, avant d'aborder cette étude, nous devons dire que certaines hydronéphroses, certains kystes volumineux atteints de suppuration développent les mêmes lésions chroniques et prêtent, par conséquent, aux mêmes indications que ces pyélonéphrites ; n'y a-t-il pas en effet des exemples d'hydronéphroses considérables,

atteignant jusqu'au volume d'un utérus de vache parvenu à la fin de la gestation (1) et dont le morcellement faciliterait singulièrement l'ablation ? Nous nous contentons de mentionner ces cas.

D'autre part, nous trouvons une indication très importante de la néphrectomie par morcellement dans les cas où le rein a été déjà une première fois l'objet d'une intervention chirurgicale. Il arrive fréquemment qu'une néphrotomie ou qu'une néphrolithotomie antérieures soient suivies d'une fistule s'éternisant et risquant d'emporter le malade par la cachexie, comme on le voit dans quelques-unes des observations que nous donnons plus loin. Pour éviter les funestes conséquences d'une suppuration interminable on se résout à la néphrectomie, qui seule place le malade dans des conditions de guérison possible. Mais dans ce cas également on trouve un rein et un tissu périrénal offrant les modifications que nous nous proposons d'étudier à propos des pyélo-néphrites : la méthode du morcellement se trouve dès lors encore justifiée et même confirmée par les deux considérations suivantes, à savoir, premièrement, que le champ opératoire est plus limité que jamais par les brides scléreuses de la cicatrice préexistante, et deuxièmement que la plaie est infectée et septique et qu'en intervenant nous n'avons pas à envisager le cas toujours désagréable pour le chirurgien d'inoculer une plaie par le morcellement d'une poche purulente.

(1) SAMUEL GLASS, *In Philosophical transaction* (1747).

Des pyélo-néphrites.

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète des pyélo-néphrites ; au risque de nous répéter, nous ne voulons donner qu'une esquisse d'ensemble des lésions qui nous intéressent au point de vue particulier où nous nous plaçons.

Trois points doivent retenir notre attention :

1° les *pyélo-néphrites* elles-mêmes ;

2° la *périnéphrite* qui en est la conséquence ;

3° les *adhérences* consécutives au travail long et subinflammatoire périnéphritique.

I. — Que la pyélo-néphrite succède à l'obturation de l'uretère par un calcul du rein, cas fréquent, ou qu'elle soit le résultat de l'oblitération de ce canal excréteur par le processus bacillaire (tuberculose de l'uretère), ou par une lésion inflammatoire quelconque, les désordres que l'on rencontre *en amont* du point oblitéré sont sensiblement les mêmes au point de vue chirurgical : les sécrétions physiologiques plus ou moins modifiées et les produits inflammatoires, purulents ou caséeux, qui prennent naissance dans le rein ou le bassin, distendent ces deux parties de façon à en former une poche présentant à considérer un *contenant* et un *contenu*.

Avant d'aller plus loin, nous faisons remarquer que nous ne parlons pas du tout des *pyélo-néphrites sans distension*, qui ne donnent lieu à des interventions chirurgicales que dans les cas où déjà une première opération a été pratiquée pour débarrasser

le rein d'un calcul ou d'un abcès comme nous l'avons indiqué plus haut.

Etude du contenant. — Le rein et le bassinnet distendus forment une tumeur plus ou moins volumineuse, irrégulière, bosselée, quelquefois de la grosseur d'une tête d'adulte (1). Le parenchyme rénal subit des modifications profondes : le plus souvent il est *sclérosé*, réduit par place à quelques millimètres d'épaisseur, adhérent, surtout dans les parties fortement bosselées, à la capsule propre du rein.

Si l'on ouvre la poche, on constate dans l'épaisseur du tissu rénal des collections purulentes de nombre et de volume variables, siégeant tantôt dans l'épaisseur du parenchyme, tantôt entre ce dernier et la capsule : ce sont autant d'*abcès du rein*.

La face interne est parcourue par des cloisons plus ou moins complètes, convergeant vers le bassinnet et limitant entre elles des espaces qui répondent aux bosselures extérieures de la tumeur. « Ces cloisons, écrit M. Tuffier (2), en partie fibreuses, peuvent exceptionnellement renfermer des vaisseaux de gros calibre. Les pièces que j'ai disséquées après injection prouvent leur faible vascularité. » Les autres vaisseaux atteints d'endartérite ou de périartérite sont en général sclérosés et peu perméables.

Dans la tuberculose, en outre de ces lésions, on constate les lésions spécifiques, telles que noyaux tuberculeux, cavernes ouvertes et déversant leurs

(1) LEBERT, *Handbuch der praktischen Medicin*, Tübingen, 1863.

(2) TUFFIER, *Traité de chirurgie*, t. VII. Art. *Pyélo-néphrites*.

produits dans le bassin, parois ulcérées, creusées, déchiquetées par endroits.

Etude du contenu. — Suivant la nature de l'inflammation, le contenu varie d'aspect ; dans tous les cas, il peut s'élever à un litre et plus.

Si la pyélo-néphrite est calculeuse, on y trouve un liquide muco ou séro-parulent, dans lequel nagent quelquefois des calculs en nombre variable. L'examen microscopique y décèle le plus souvent le *bacterium coli* ou le streptocoque.

Si la pyélo-néphrite est tuberculeuse, le liquide est puriforme, grumeleux, et l'on n'a pas de peine à reconnaître que c'est de la matière caséuse en déliquescence.

L'examen microscopique y révèle le bacille de Koch.

II. — Ces lésions du rein et du bassin se répercutent sur l'atmosphère périrénale. L'inflammation chronique dont nous venons d'esquisser le tableau anatomo-pathologique se propage de proche en proche autour de la tumeur rénale qu'elle a formée et ne tarde pas à produire un ensemble de lésions décrites sous le nom de *périnéphrite*.

Pour bien en saisir les rapports, il faut avoir présentes à l'esprit quelques notions anatomiques. Nous rappelons donc que le péritoine, en se portant de la paroi abdominale postérieure vers la colonne vertébrale, en passant sur *la face antérieure du rein*, est doublé par son *fascia propria* qui, arrivé au niveau du bord externe de cet organe, se divise en deux feuillets

se dirigeant l'un en avant, l'autre en arrière du rein, de façon à lui constituer une enveloppe cellulo-graisseuse appelée *capsule adipeuse* du rein.

C'est dans cette capsule que se produisent la plupart des phénomènes de la périnéphrite. L'inflammation chronique atteignant, par propagation, ce tissu cellulaire lâche peut parfois prendre une allure franchement phlegmoneuse et engendrer l'abcès périnéphrétique. Mais cet accident ne nous intéresse pas autant que les lésions dues au processus subaigu. Dans ce cas, les phénomènes subinflammatoires se comportent de deux façons : ou bien, il se fait une prolifération du tissu adipeux, formant des pelotons plus ou moins consistants, denses, fibreux, au milieu desquels le rein est comme noyé ; ou bien, un processus sclérogène envahit le tissu cellulaire d'un côté, le péritoine de l'autre, et amène des modifications qui, au point de vue particulier où nous nous plaçons, prennent une grande importance. Nous les étudierons donc avec quelques détails. L'atmosphère cellulo-graisseuse fait place à un tissu dur, blanc, formant un véritable feutrage de tractus fibreux ; « ordinairement « la capsule propre du rein et la capsule adipeuse se « confondent par place ou entièrement et une coque « dure, parfois lardacée, se substitue à la couche « corticale et au tissu conjonctif (1). » Cette coque peut « adhérer si intimement à la substance corticale « par sa face interne et aux parties voisines par sa

(1) LE DENTU. *Revue de chirurgie*, janvier 1887, p. 20.

« face externe, qu'il est souvent impossible de l'isoler
« de ces dernières, et que, lorsqu'on veut énucléer le
« rein, quelques fragments de son parenchyme restent
« adhérents à la face interne de la capsule d'enve-
« loppe (1) ».

Cette coque, plus ou moins épaisse et rigide, interposée entre le bord interne du rein, auquel elle adhère, et la partie la plus accessible du pédicule rénal, rend difficiles le pincement du hile et l'extirpation en bloc du rein.

Elle rend, par contre, service au chirurgien en étouffant en partie les vaisseaux sclérosés, affectés de péri ou d'endarterite, qui parcourent sa masse.

Les vaisseaux du hile eux-mêmes sont étouffés souvent dans leur parcours à travers la substance périnéphritique.

III. — En même temps que ces modifications, *des adhérences* s'établissent de tous côtés : qu'elles soient scléreuses et cicatricielles, péritonéales et adhésives, suivant leur constitution et les rapports relatifs des organes sur lesquels elles s'insèrent, ces adhérences nous offrent une des principales indications du morcellement. Il est évident que, par suite des rapports anatomiques, les adhérences du rein avec les organes placés en avant de lui seront plutôt des adhérences par péritonite chronique et adhésive, que celles situées en arrière ou latéralement seront plutôt scléreuses, d'où leur division généralement admise en

(1) E. LANCEREAU. *Périnéphrite*, p. 312, t. LXXXII, 1876. *Dict. Encycl. des Sciences Médicales*.

adhérences péritonéales et *adhérences non péritonéales*.

Cette division, toutefois n'a pas pour nous un grand intérêt ; le résultat en effet reste toujours le même : union accidentelle et plus ou moins intime d'une ou des deux capsules du rein avec un organe plus ou moins éloigné. Ce qui nous importe, c'est de connaître quelles sont les adhérences les plus fréquentes et les plus dangereuses avec les organes voisins, et avec le rein lui-même. Or, nous savons que, dans la périnéphrite, *les deux capsules* du rein peuvent se fusionner en une seule coque ou rester indépendantes l'une de l'autre, tout en envoyant dans différentes directions des prolongements reliant les diverses parties des organes ambiants.

Si les deux capsules du rein *restent indépendantes l'une de l'autre*, les adhérences, qu'elles contractent respectivement avec les organes voisins, n'empêchent pas, à moins d'un volume considérable du rein malade, le doigt d'être introduit sans aucune gêne entre la capsule propre et la capsule adipeuse ; le rein dans ce cas peut être facilement circonscrit et extrait. Aussi, ce point ne présente qu'un intérêt médiocre pour nous.

Mais, si les deux capsules du rein se *fusionnent en une coque*, les difficultés et les dangers créés par les adhérences qui s'insèrent sur cette coque sont tels que, pour bien en faire comprendre le mécanisme, nous croyons nécessaire d'insister particulièrement sur l'étude de ces adhérences.

La coque bicapsulaire peut adhérer :

Avec un viscère ou un organe voisin ;
Avec le parenchyme rénal lui-même ;
Avec un viscère ou un organe d'une part et le parenchyme rénal d'autre part.

D'où les trois variétés ou classes d'adhérences :

- a) *adhérences bicapsulo-viscérales ou pariétales*,
- b) *adhérences bicapsulo-rénales*,
- c) *adhérences réno-bicapsulo-viscérales ou pariétales*.

a) *Adhérences bicapsulo-viscérales ou pariétales.*

Au début du travail périnéphritique, la capsule adipeuse peut seule adhérer aux organes voisins. Plus tard, à mesure que les modifications pathologiques s'accroissent du côté du rein et de l'atmosphère qui l'entoure, la fusion des deux capsules se fait en partie ou en totalité, et cette variété d'adhérence s'établit. Cette remarque s'applique également à notre deuxième classe d'adhérences. Ces adhérences bicapsulo-viscérales ou pariétales n'empêchent en rien la néphrectomie sous-capsulaire, le rein étant décorticable sur toute son étendue ; si donc nous les étudions avec quelques détails, c'est qu'elles nous faciliteront singulièrement la description de la troisième variété d'adhérences, c'est-à-dire les réno-bicapsulo-viscérales ou pariétales.

De ces adhérences, celles avec le péritoine et le colon sont le plus souvent constatées, probablement parce que le péritoine, plus sensible aux processus in-

flammatoires, tâche d'opposer une barrière à l'inflammation par des néo-membranes.

b) *Adhérences bicapsulo-rénales.* — A l'état normal, la capsule rénale adhère fort peu au parenchyme, et il est facile de décortiquer l'organe sans provoquer la moindre déchirure de la couche corticale du rein. Dans la plupart des pyélo-néphrites, cette capsule ne cesse pas d'être, en quelque sorte, indépendante du rein ; cependant il est des cas où elle se fusionne intimement avec le parenchyme rénal, comme nous l'avons déjà dit plus haut.

Le siège de ces fusions est variable ; toutefois, on peut poser comme règle générale que ces adhérences existent surtout aux endroits où les bosselures sont le plus prononcées. Cette disposition résulte peut-être de ce fait, que le parenchyme y est plus mince qu'ailleurs et que les échanges inflammatoires sont plus actifs à ce niveau qu'autre part.

D'après les observations que nous avons pu consulter, les adhérences de la capsule avec le rein siègent le plus souvent à la partie supérieure et se présentent plus rarement à la région inférieure ; elles sont le moins fréquentes à la partie moyenne.

Ainsi dans les observations de Trélat, d'Ollier, de Péan, citées plus loin, les adhérences sont précisément situées à la partie supérieure du rein. La connaissance du siège de ces adhérences est très utile lors de l'intervention : l'attaque du rein varie suivant ce siège.

c) *Adhérences réno-bicapsulo-viscérales ou pariétales.* — Les lésions précédemment décrites nous

aident à comprendre comment peuvent s'établir les adhérences de la troisième catégorie, celles du parenchyme rénal avec les organes voisins par l'intermédiaire de la coque bicapsulaire, adhérences *réno-bicapsulo-viscérales*. — Les viscères ou organes voisins adhèrent d'abord à la coque bicapsulaire, laquelle contracte elle-même une fusion avec la couche corticale du rein. Cette disposition a pour nous un intérêt particulier : nous ne faisons que la signaler ici, on en verra toute la portée dans notre discussion. Comme exemples de cette variété d'adhérences, nous pouvons citer le cas de M. Trélat, dont nous publierons plus loin l'observation en partie, aussi bien que celle de Billroth, dans laquelle la déchirure à distance de la veine cave et de la veine rénale par des tractions sur le rein ne peut être expliquée que par des rapports anormaux entre ces vaisseaux et le rein. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces faits.

Nous passerons maintenant en revue les adhérences les plus curieuses que nous avons pu recueillir dans des auteurs.

Trélat, dans une observation parue dans le « Bulletin de la Société de chirurgie » (année 1885, p. 826), dit que *la rate, la queue du pancréas, la face postérieure du colon*, ne formaient qu'une masse avec la capsule du rein. Desnos (1) signale l'adhérence avec la *plèvre*. Lefort (2) a observé l'adhérence avec le *foie* : « le

(1) *Gazette médicale de Paris*, janvier 1887.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, XLIX année, deuxième série, t. IX.

« lobe droit du foie, écrit cet auteur, adhéraît de la
« manière la plus intime, et la capsule n'aurait
« pu être séparée sans qu'on n'entamât le tissu du
« foie. »

Thorntou (1) cite un exemple analogue. Von Bergmann (2) a rencontré des adhérences considérables avec le *péritoine*. Barker (3) mentionne une déchirure du *colon* pendant le décollement d'un rein. Marsh (4) recule devant l'opération (néphrectomie) à cause des adhérences qui rendaient impossible l'extirpation totale du rein. Vincenzo Danillo (5) trouve des adhérences avec les *muscles lombaires*, le *diaphragme*, le *péritoine*.

De plus, nous mentionnons les adhérences pariétales avec la *colonne vertébrale*, le *diaphragme*, les *aponévroses*, citées dans nos observations (voir plus loin).

Mais les adhérences les plus redoutables sont celles de la capsule avec les vaisseaux du voisinage, comme on peut s'en rendre compte par les observations rapportées par Tuffier (6), où quatre fois leur existence a été cause de l'ouverture de la *veine cave* entraînant une mort foudroyante.

Relatons quelques cas d'adhérences avec les vais-

(1) *The Lancet*, 1882, vol. II, 1883, vol. I.

(2) *Thèse inaugurale*, HANS BOLZ, Dorpat, 1883.

(3) *Centralblatt für Chirurgie*, 1881, p. 30.

(4) *British Medical Journal*, 1882, vol. I.

(5) *Gazetta degli ospedali*, 25 mars 1885. *Revue des sciences médicales*, t. XXVII, p. 296, 1886.

(6) TUFFIER. *Traité de Chirurgie*, t. VII. Article « Périnéphrite ».

seaux : Braum (1) parle du cas d'une section de la *veine rénale droite* par suite d'adhérences avec une tumeur pyélo-néphrétique ; la tumeur adhéraît de plus à l'*aorte* et à la *veine cave*.

Billroth cite le cas, devenu classique, d'une déchirure de la *veine cave inférieure* et de la *veine rénale droite* s'étendant de celle-ci au foie et comprenant même une partie de cette veine rénale ; la déchirure s'étendait sur une longueur de 9 centimètres environ (2). Lawson Tait (3) a observé chez une personne de fortes adhérences *avec la veine rénale, les intestins* : dans le cours de son opération, il eut le malheur de déchirer la veine.

Guyon, cité par le Dr Douillet (4), montrait, dans une de ses cliniques, une pièce où, sur un trajet de 10 centimètres, on pouvait voir la *veine cave* indissolublement unie au rein droit pyélitique.

Nous ne parlons pas ici des cas où, un kyste de l'ovaire coïncidant avec une pyélo-néphrite, des adhérences s'établissent entre les deux tumeurs, ni de ceux où d'autres tumeurs abdominales coexistaient avec l'affection rénale et adhéraient au rein, car ces cas nous semblent trop rares pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage.

(1) *Deutsch medical Wochenschrift*, 1881, *Centralblatt für Chirurgie*, 1881. t. V, p. 36.

(2) *Beitrag zur Kasuistik der Nephrectomien*, von D. A. BRENNER; *Medical Wochenschrift*, N° 32, 33, 34, 1885.

(3) *British Medical Journal*, 1882, vol. II.

(4) *Thèse inaugurale* ; « De la Nephrectomie sous-capsulaire », Lyon, 1887.

Ces modifications pathologiques que nous venons de passer en revue constituant en somme le chapitre des indications de la néphrectomie lombaire par morcellement, on sera peut-être étonné de voir que nous n'y avons pas fait rentrer les tumeurs néoplasiques du rein.

D'après l'idée qu'on se fait généralement du morcellement, il semblerait que ce procédé opératoire dût être employé dans les cas de tumeurs volumineuses représentées le plus souvent par des néoplasmes. Cette assertion, juste pour les tumeurs bénignes ou malignes de certains organes, ne s'applique pas au rein, car, en règle générale, *le morcellement n'est pas indiqué dans les tumeurs néoplasiques du rein*, et pour les trois motifs suivants :

1° Les tumeurs néoplasiques sont d'ordinaire friables, se laissant facilement déchirer par les tractions ou le pincement, exposant ainsi à de grandes pertes de sang ; la compression elle-même entre les mors élastiques d'une pince à large écartement ne peut, d'après les expériences de M. Tuffier, donner aucune garantie ;

2° Ces tumeurs étant aseptiques, on peut les aborder par la *voie transpéritonéale* ; on comprime aisément le pédicule et on les extirpe en bloc en *raccourcissant ainsi notablement le temps de l'opération* ;

3° Ces tumeurs étant, comme nous l'avons dit, aseptiques, on ne risque pas plus d'inoculer le péritoine par la voie transpéritonéale que par la voie lombaire, tout en manœuvrant dans un champ opératoire plus étendu.

Ces notions étant rappelées, nous pouvons mainte-

nant aborder utilement la discussion du procédé que nous préconisons.

Nous tâcherons de démontrer comment le morcellement du rein s'est imposé aux chirurgiens, comment, ébauché d'abord comme moyen de nécessité, il fut enfin érigé en méthode par notre maître, M. Tuffier.

DISCUSSION — OBSERVATIONS

Les conditions pathologiques commandant la néphrectomie par morcellement nous étant connues, quelle voie choisirons-nous de préférence pour notre intervention ?

L'extirpation du rein peut en effet se faire par deux voies : par la *voie lombaire* et par la *voie transpéritonéale*. L'opérateur ne s'adressera pas indifféremment à l'une ou à l'autre ; sa conduite est dictée par des considérations fort sérieuses. Ainsi, si la tumeur du rein est aseptique, tout en étant volumineuse et irréductible (sarcome, épithéliome, etc.), la voie transpéritonéale sera préférée ; au contraire, si la tumeur est septique et réductible (pyélo-néphrite, pyonéphrose, etc.), la voie lombaire offre moins de dangers (Tuffier) (1). Cette dernière sera également choisie dans les cas de tumeurs volumineuses aseptiques, mais réductibles (hydronéphrose).

Ces données sont confirmées par différentes statistiques (2) qui témoignent de la bénignité relative de la

(1) *Annales des maladies génito-urinaires*, juin 1894.

(2) BRODEUR, *Thèse de Paris*, 1886.

voie lombaire, surtout dans les pyélo-néphrites, maladies essentiellement virulentes.

Si dans ces cas on intervenait par la voie péritonéale, il serait difficile, malgré toutes les précautions antiseptiques, de ne pas inoculer cette séreuse et de ne pas assombrir le pronostic de l'intervention, ainsi qu'il ressort de cette statistique rapportée par Tuffier (1): la néphrectomie lombaire pour pyélite donne une mortalité de 35,9 %, la néphrectomie péritonéale 43,2 %.

Mais l'incision lombaire, quelque étendue qu'elle soit, crée-t-elle un champ opératoire suffisant pour les manœuvres ? Ce champ est effectivement exigü, surtout si on travaille dans une incision pratiquée dans le tissu scléreux d'une cicatrice préexistante, comme cela s'observe dans les interventions secondaires, mais les avantages que nous pouvons obtenir par la ponction aspiratrice de la tumeur contrebalancent, en partie, cet inconvénient, et puis n'avons-nous pas encore comme compensation un autre grand avantage, celui d'avoir sous les yeux la plus grande partie du rein malade, ce qui nous permet de l'explorer, de l'étudier et, en cas d'erreur de diagnostic, encore assez fréquente, de ne pratiquer qu'une opération partielle sur le rein ; ne pouvons-nous pas considérer même cette incision comme exploratrice et revenir plus tard à l'intervention par la voie péritonéale s'il y a lieu, et cela sans avoir exposé le malade à *aucun danger sérieux* ?

Par l'incision lombaire, nous pourrions également

(1) TUFFIER, *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 642.

recourir, s'il y a possibilité, à la néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier. Mais ce procédé n'est pas toujours possible, surtout à cause des adhérences bicapsulo-rénales quelquefois et plus rarement à cause de la masse considérable de la tumeur, qui, malgré les ponctions, conserve un volume trop grand pour pouvoir passer par l'incision lombaire.

Dans le cas d'adhérences bicapsulo-rénales, on conçoit aisément que le parenchyme rénal se confondant sur certains points avec la capsule propre, laquelle adhère à son tour à la capsule adipeuse épaissie, la décortication devienne impossible, d'où des difficultés doublées de fortes et justes appréhensions.

Si l'on veut, en effet, tirer quand même sur ces adhérences, on tire naturellement sur la coque bicapsulaire; mais celle-ci adhère elle-même aux viscères plus ou moins proches, et les tractions peuvent se propager jusqu'à des organes relativement éloignés et qui risquent fort d'être déchirés. Dans le cas de tractions énergiques, des accidents à distance rapides et redoutables se sont produits, comme la déchirure des vaisseaux (cas de Billroth), ou encore la déchirure du colon amenant une péritonite (cas de Barker), ainsi que nous l'avons déjà rappelé. Aussi comprend-on facilement pourquoi, dans ces conditions, des opérateurs de grande valeur ont préféré laisser en place un fragment fortement adhérent à la capsule, plutôt que de s'exposer à ces graves dangers. Cette conduite était assurément la plus sage, aussi fut-elle encore assez fréquemment suivie.

Qu'il nous soit donc permis de passer en revue quelques cas de ce genre. Nous les citerons avec quelques détails, car ils nous montreront comment la simple fragmentation du rein, ébauche du morcellement, rendit de signalés services aux chirurgiens, leur indiquant pour ainsi dire tout le parti qu'on pouvait tirer de son emploi méthodique.

Trélat (1), à la Société de chirurgie, communique l'observation suivante qui nous paraît vraiment trop intéressante pour ne pas la citer en majeure partie. Il s'agit d'une malade, âgée de 35 ans, atteinte de pyélonéphrite, avec épaisse couche de périnéphrite.

L'opération pratiquée le 20 janvier 1885 est ainsi décrite : «... Anesthésie ; précautions antiseptiques
« minutieuses ; incision verticale au niveau du bord
« externe de la masse sacro-lombaire, depuis la
« 12^e côte jusqu'à la crête iliaque. L'accès du rein est
« difficile ; nous nous engageons d'abord dans l'épais-
« seur de la masse scléreuse, dure et épaisse qui en-
« toure l'organe ; celui-ci est mis à nu après plusieurs
« tentatives. L'énucléation présente les plus grandes
« difficultés. Une série de poches, remplies de pus, se
« rompent successivement. Un premier essai de liga-
« ture en masse, portée sur ce que nous croyons être
« le pédicule, coupe le tissu rénal et détache ainsi la
« partie étreinte. L'énucléation est reprise et nous
« constituons ainsi un pédicule, toutefois sans pouvoir
« voir ni distinguer les vaisseaux rénaux. Ce pédicule

(1) TRÉLAT, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1885, p. 286.

« est étreint par une ligature de soie forte, puis sectionné. Hémorrhagie petite, mais persistante dans le fond de la plaie ; une pince à forcipressure l'arrête et est laissée à demeure. »

On enlève la pince le quatrième jour : il s'établit une fistule stercorale. — La malade meurt le 6 février 1885.

Nous laissons la parole à Trélat :

« L'autopsie permet de constater que le cœur est sain, les poumons exempts de tubercules, le foie très volumineux et gros, le rein droit volumineux et blanc. Toute la partie gauche du colon transverse et le colon descendant sont fixés à la paroi latérale gauche de l'abdomen par des adhérences anciennes et épaisses. Tout le tissu cellulaire rétro-péritonéal du côté gauche est chroniquement enflammé, blanchâtre, dur, lardacé. Il englobe dans une masse commune la rate, la queue du pancréas, la face postérieure du colon descendant et les débris du rein gauche (siège de l'opération). C'est dans l'épaisseur de ce tissu résistant qu'a dû être pratiquée l'énucléation. — Aussi a-t-elle été incomplète ; le rein a été déchiré ; une notable partie de son extrémité supérieure n'a pu être enlevée. La fistule stercorale siégeait à la réunion du colon transverse avec le colon descendant ; elle est le résultat de l'application de la pince hémostatique pendant le cours de l'opération ; l'uretère n'avait pas été lié et était béant au bas du fond de la plaie.

« En somme, les circonstances m'avaient fait faire

« une opération trop tardive chez une malade profondément cachectisée et le procédé opératoire ne me donnait pas satisfaction en raison de l'étroitesse et de la profondeur de la plaie. »

Ce chirurgien, dans des conclusions que nous citons à dessein, avoue que le procédé opératoire, auquel il a eu recours, ne lui a pas donné satisfaction, et cela parce que la plaie était trop étroite et que les adhérences, dont nous avons indiqué ailleurs les dangers, ne lui permettaient pas une extraction en bloc de l'organe; or, n'est-il pas probable qu'avec ces adhérences et cette étroitesse de l'incision, le morcellement méthodique eût triomphé, surtout alors qu'une section nette et large du parenchyme rénal sclérosé n'a été suivie que d'une faible hémorrhagie? Par le fait seul d'un morcellement imparfait l'opérateur eut raison de difficultés insurmontables.

C'est ce que le professeur Ollier lui-même a dû faire dans le cas suivant, où il se proposait de pratiquer le procédé de la décortication; nous le rapportons d'après la thèse du Dr Douillet (1) :

« ... On procède à l'énucléation. M. Ollier cherche avec le doigt à décoller le rein de son enveloppe fibreuse; dès que le doigt s'est engagé au dessous de celle-ci la décortication devient facile sur la plus grande étendue de la masse; en bas et en dedans seulement une adhérence du parenchyme à la cap-

(1) DOUILLET, *Thèse de Lyon* « De la Néphrectomie sous-capsulaire », p. 88.

« sule crée des difficultés. La partie supérieure de
« l'organe est attirée dans la plaie, on reconnaît le
« hile et le pédicule vasculaire. L'artère et la veine
« sont liées avec de la soie phéniquée et sectionnées.
« Le bassinnet est lié séparément et coupé au ras du
« rein. Il est dès lors possible, en faisant basculer la
« masse dans la plaie, de décortiquer la partie interne
« et inférieure; toutefois, comme on n'arrive pas à tout
« isoler on place une forte ligature sur la portion du
« parenchyme adhérente et l'on sectionne en avant. Il
« reste dans la loge un fragment de la grosseur d'une
« noix environ. Pendant toute l'opération il n'y a
« presque pas d'hémorrhagie. »

Cette observation est bien instructive. Elle nous montre comment le maître de la néphrectomie sous-capsulaire fut réduit à recourir au morcellement partiel, de peur de compromettre son intervention par des tractions sur l'adhérence.

Nous citerons de même le cas de Barwell (1), dans lequel ce chirurgien opérant une pyléo-néphrite calculeuse fut obligé, toujours hanté par les mêmes craintes, d'extraire le rein *par morceaux* en laissant en place une portion de son extrémité supérieure adhérente, et celui de Bobroff (2), où le rein est enlevé *par morceaux* à cause de l'étroitesse relative de la plaie et des adhérences de la tumeur.

Ces chirurgiens eurent donc recours au morcelle-

(1) *British medical Journal*, 1884.

(2) *Wretch*, n° 42, 1885.

ment, comme moyen de nécessité : les indications du moment, adhérences ou volume de la tumeur, dictaient leur conduite.

Il faut en arriver à Le Dentu (1) pour trouver l'indication méthodique de quelques prescriptions relatives à la néphrectomie par morcellement, et encore, ce n'est là que d'une néphrectomie partielle dont il est question. Le but que semble viser ce chirurgien est de respecter les adhérences. Voici les conseils qu'il donne :

« Si les adhérences ne sont pas généralisées, la décortication sous-capsulaire laisse en place des îlots de la coque rénale. Lorsqu'elles le sont, cette décortication ne va pas sans certaines difficultés ou même certains dangers, selon que le tissu rénal est sclérosé ou friable. Dans le premier cas, il faut exciser avec le thermocautère ou avec des ciseaux la plus grande partie des tissus sclérosés, de manière à ne laisser en place qu'une coque aussi amincie que possible et susceptible de se couvrir de granulations. Il y a encore mieux à faire. Comme, dans l'exécution de cette manœuvre, il n'y a à craindre que des lésions du péritoine et du colon, il faut pratiquer ce que j'ai appelé l'*heminéphrectomie postérieure*. »

M. Le Dentu avait déjà en effet décrit, en 1885, ce procédé opératoire dont nous rappelons la technique :

« Cette opération, qui se définit d'elle-même, consiste à enlever totalement, par des dissections conve-

(1) LE DENTU, *Revue de chirurgie*, 1887, p. 21.

« nables, toute la moitié postérieure du rein, comme
« si on le fendait de son bord externe vers le hile, et
« à évider ensuite aussi complètement que possible
« la moitié antérieure.

« S'il est avéré pour moi que cette néphrectomie
« partielle ne suffit pas toujours pour obtenir la cic-
« trisation complète sans fistule persistante, il se peut
« que, dans des cas moins compliqués que celui auquel
« je fais allusion, elle donne un résultat complet. En
« tout cas, c'est un pis aller auquel on sera bien aise de
« pouvoir recourir dans certaines circonstances. En
« pareil cas, la ligature du pédicule devrait être faite
« quand même, si elle n'était pas rendue impossible,
« comme chez mon opéré, par des adhérences éten-
« dues jusqu'à la colonne vertébrale. Elle aurait sans
« doute pour résultat de déterminer la désorganisation
« et l'élimination du tissu rénal resté en place, dont la
« tendance au bourgeonnement est faible ou nulle et
« n'a pu être développée dans mon cas, ni par le grat-
« tage, ni par le feu, car trois ans plus tard, dans une
« nouvelle opération, je l'ai retrouvé tel que je l'avais
« laissé, sauf peut-être un peu plus de friabilité. Par
« contre, il se peut que ce tissu soit fongueux et très
« vasculaire, etc... On recourt alors au procédé de Burn
« et Linser, ligature en masse du pédicule (1), etc...»

L'auteur, on le voit par sa description et par ses réflexions, montre bien ce que l'on peut attendre de son procédé : c'est un pis-aller destiné à écarter les lésions

(1) LE DENTU, *Annales des maladies des voies urinaires*, août 1885, p. 737.

du péritoine et du colon, mais sans tenir aucun compte des adhérences avec d'autres organes, des vaisseaux, dont les lésions, à notre avis (hémorrhagies foudroyantes), sont aussi, sinon plus graves que celles que l'opérateur avait cherché à éviter. Quelle intervention propose-t-il pour éviter les lésions des organes placés des deux côtés du rein ou derrière lui ? Il n'en dit rien. La néphrectomie partielle est un procédé évidemment incomplet, qui doit céder le pas, dans des cas analogues, à la *néphrectomie par morcellement* totale qui a une portée beaucoup plus étendue. L'observation, qui contient le plus de détails, sur le morcellement complet et méthodique du rein, nous semble être celle consignée dans la thèse Brodeur (1), sous le n° 203. Elle est due à M. Pean.

Avant de la citer, nous ferons remarquer que, sous le n° 200, figure, dans la même thèse, une autre observation du même chirurgien où le mot de morcellement nous paraît être pour la première fois appliqué à la néphrectomie : il s'agit d'une opération faite le 20 janvier 1881. Les renseignements sur le morcellement lui-même nous manquent, nous ne pouvons mentionner ce cas qu'à titre de curiosité historique comme le 1^{er} en date.

Observation 203 (Brodeur). Pyélo-néphrite calculeuse suppurée du rein gauche avec abcès multiples dans le parenchyme rénal. Néphrectomie le 31 décembre 1885.

(1) BRODEUR. *Thèse Paris 1886*, p. 385.

M. Péan dit : «..... Incision au niveau du
« bord antérieur du carré des lombes. Section de
« l'atmosphère adipeuse. Nous voyons alors le bord
« externe du rein qui est remarquable par sa colora-
« tion, beaucoup plus blanche qu'à l'ordinaire, sur-
« tout à sa partie moyenne. En ce point, le doigt sent
« une fluctuation manifeste qui prouve qu'il y a du
« pus collecté. Pour empêcher le pus de se répandre
« à la surface de la plaie et pour diminuer le volume
« de la tumeur, nous pratiquons en ce point une
« ponction avec un gros trocart. Nous retirons
« 100 grammes d'un pus fétide, d'odeur alliagée, ce
« qui ne diminue pas sensiblement le volume de la
« masse à extraire. Nous cherchons ensuite en sui-
« vant la face externe du rein à détacher celle-ci de
« l'atmosphère adipeuse et nous reconnaissons que ce
« détachement est possible en avant, en arrière, en
« bas, sur une grande étendue, impossible en haut.
« Voyant que de ce côté les adhérences inflammatoires
« empêcheraient d'attirer la tumeur, il ne restait plus
« d'autre ressource que de chercher s'il n'y aurait
« pas moyen de découvrir dans son intérieur d'autres
« foyers purulents, de les vider, et si cela ne suffisait
« pas, de recourir sans plus tarder au *morcellement*.
« En faisant ces recherches, nous trouvâmes une
« nouvelle collection jaunâtre et fluctuante vers la
« partie inférieure de la tumeur. La ponction permit
« d'en extraire 100 grammes de pus épais, un peu
« teinté de sang, mais non fétide comme le précédent.
« La diminution de volume qui en résulta ne permit

« pas mieux de poursuivre la dissection des parties
« voisines qui étaient adhérentes à l'atmosphère in-
« durée et sclérosée.

« Nous recourûmes d'emblée au morcellement, au
« moyen de mes pinces dentées et courbes dites à
« *langue*. Toutes ces pinces furent placées successi-
« vement de la partie inférieure vers la partie supé-
« rieure et les morceaux enlevés ainsi successivement
« au-dessous d'elles, par suite de bas en haut. Nous
« obtînmes ainsi une diminution telle de la tumeur,
« qu'il devint facile avec les grosses pinces à trois bords
« de Chassaignac de pincer la partie supérieure du
« rein, de l'abaisser, d'en couper la capsule propre,
« d'introduire une spatule au-dessous de celle-ci pour
« l'énucléer jusqu'au hile. Puis j'enlevai cette dernière
« portion à son tour par morcellement. Il ne restait
« plus alors à enlever que la portion du rein, dépen-
« dant de la paroi postérieure et à laquelle la capsule
« elle-même épaissie et sclérorée était adhérente. Je
« plaçai alors les pinces sur le hile qui était volumi-
« neux et il me fut facile de pratiquer l'ablation par
« dissection du reste de la tumeur. Je jetai deux li-
« gatures divisant le pédicule en deux parties et
« excisai ce dernier en dehors des fils sans avoir
« perdu une goutte de sang. Ces ligatures suffirent. »

Comme on le verra plus loin, ce procédé opératoire se rapproche de celui préconisé par M. Tuffier, et relaté dans notre chapitre du *Manuel opératoire*.

On voit par tout ce qui précède, quels sont les avantages que peut offrir la fragmentation du rein en cas

de tumeurs, d'adhérences, d'exiguïté du champ opératoire ! Par le morcellement, cet organe peut être enlevé en totalité, sans exposer aux dangers des tractions sur les adhérences. Aussi M. Tuffier, qui s'était lui-même heurté à différentes reprises aux difficultés sus-mentionnées, résolut-il de poser d'une façon précise les indications, et de systématiser le procédé du morcellement ; c'est à la suite d'un cas de pyélo-néphrite avec nombreux foyers purulents intrarénaux, qu'il fit sa communication sur ce sujet (1).

Nous croyons utile de reproduire, intégralement, l'observation de M. Tuffier, et de la faire suivre des conclusions présentées par l'auteur.

(1) TUFFIER. *Annales des maladies des voies génito-urinaires*.
Juin 1894.

OBSERVATION I

Cas de M. TUFFIER. — Publié dans les *Annales des Maladies des organes génito-urinaires* (Juin 1894).

Pyélo-néphrite droite. — Néphrotomie. — Persistance des accidents. — Néphrectomie par morcellement. — 12 foyers purulents intra-rénaux. — Guérison datant de onze mois.

M. D..., 38 ans, m'est adressé par M. le Dr du Bourguet (de Bougie, Algérie) pour des accidents graves de suppuration rénale datant de plusieurs mois et ayant nécessité une néphrotomie pratiquée en Algérie. Il était dans un état de cachexie très prononcée à son arrivée à Paris, si bien que j'hésitais à intervenir.

Son histoire était assez complexe. Ayant eu plusieurs blennorrhagies entre 25 et 30 ans et la syphilis à 29 ans, il fut pris au mois de mai 1889 de crises douloureuses du côté du rein droit, crises qui rappelaient de tous points des coliques néphrétiques. Début brusque, douleurs lombaires vives avec irradiations sur le trajet du cordon, fréquence de miction, oligurie, disparition brusque des accidents. Mais jamais le malade ne constata l'expulsion de graviers ou de sable. La seconde période de crise se produisit un an après la première, puis les accès se rapprochèrent, au point de se répéter tous les cinq ou six jours.

Il y a un an les urines devinrent troubles et sanguinolentes, surtout à la fin de la miction. Cet état fit demander avis à M. le Dr du Bourguet, médecin militaire, qui constata un rétrécissement uréthral et commença la dilatation progressive ; mais devant les accidents fébriles persistants, il dut pratiquer, le 14 janvier 1893, l'uréthrotomie interne. Malgré une antisepsie parfaite et une dilatation du canal poussée jusqu'au n° 23, l'urine reste purulente et un léger mouvement fébrile vespéral indique une infection persistante. A trois reprises, les urines deviennent claires pendant quelques jours, la température s'élève autour de 39° 5, des douleurs vives se manifestent en même temps du côté droit, puis survient une débâcle d'urine purulente et la fièvre et les douleurs disparaissent. Pendant ces crises, le rein n'a jamais été senti par le palper abdominal.

Dans ces circonstances, M. le Dr Bruck (d'Alger) pensa à une suppuration rénale et pratiqua par la voie lombaire l'incision d'un abcès. Malgré cette intervention, la fièvre persistait, les urines étaient purulentes, le malade se cachectisait, l'état devenait très grave ; aussi, malgré les difficultés de transport, mon confrère, le Dr du Bourguet, m'envoya le malade.

Je trouve un homme amaigri, cachectique, à teint terreuse, dont la peau est sèche et parcheminée. La région lombaire droite est le siège d'une fistule que j'explore et qui conduit vers le rein, mais non dans un clapier. Toute la région est douloureuse et je sens une masse du volume d'un gros poing, dure, et rappelant par sa forme et sa situation l'extrémité inférieure du rein. Cette masse, sonore en avant, est immobilisée par des adhérences avec la paroi postérieure, comme le palper bimanuel permet de s'en rendre compte. Du côté gauche, il n'y a aucune douleur, et le rein

n'est pas perceptible à la palpation. Les urines sont troubles, elles laissent déposer une notable quantité de liquide louche, dont l'analyse clinique donne :

Densité, 1,017. Aspect très trouble.

Odeur putride. Réaction acide.

Urée = 167,89. Ni sucre, ni albumine.

Grande quantité de pus.

Le malade est nettement affirmatif sur l'existence de périodes où les urines sont absolument transparentes. Il existe donc un second rein, et il a de grandes chances de n'être pas atteint de pyélo-néphrite.

Mon diagnostic fut : *pyélo-néphrite droite consécutive à une infection vésico-urétrale. Rétention purulente provoquant une septicémie chronique. Lésion unilatérale, existence de fonctionnement suffisant du rein. Prostate intacte.*

Devant la persistance des accidents, progressivement croissants, accidents qui me paraissaient nettement symptomatiques d'une rétention purulente, je proposai une intervention que je considérais comme la seule planche de salut. Mon intention était de débrider le trajet, de l'explorer, de rechercher un foyer purulent que je drainerais, en un mot de supprimer les causes de l'infection. Les adhérences à la paroi postérieure, la présence d'une fistule, la lésion suppurative, étaient autant de causes qui commandaient formellement l'intervention par la voie lombaire. Toutefois, j'eus soin de faire ce que j'ai recommandé autrefois dans toutes les interventions pour néphrectomie secondaire : s'éloigner de la ligne de cicatrice afin d'arriver suivant les plans connus jusque sur le foyer et surtout de ne pas être gêné par le tissu cicatriciel inextensible.

Le 9 juin 1893, chloroformisation par M. Huber, léger débridement du trajet pour l'explorer avec l'index ; je ne

trouve aucun clavier au fond du trajet. Incision parallèle à la 12^e côte, au-dessus de la première. J'arrive sur la périphérie du rein que j'isole avec la plus grande peine dans l'étendue de quelques centimètres. Il m'est facile de voir de suite qu'il adhère de tous côtés et que sa capsule elle-même est absolument fixée. Dans ces conditions, gêné par le tissu cicatriciel qui occupe toute la région, j'isole l'extrémité inférieure du rein qui est grisâtre, scléreuse et contient même un abcès ; j'applique une pince transversalement sur cette extrémité, et je sectionne ainsi la partie antérieure de cette extrémité inférieure ; j'ouvre, chemin faisant, une collection du volume d'une noisette, que je résèque également. Je puis alors avoir un champ opératoire restreint, mais au moins dans lequel je distingue plus facilement le parenchyme rénal des tissus environnants.

J'aborde alors et j'isole le trajet intra-pariétal et intrarénal, que je dissèque complètement ; je l'isole au moyen d'une pince, j'en fais l'extirpation, j'arrive ainsi au voisinage du hile de l'organe, ayant enlevé les deux tiers inférieurs du rein et une partie de la région postérieure. Les manœuvres sont suffisamment faciles, pour me permettre d'attaquer le hile de l'organe. Après un morcellement d'approche, je puis arriver sur le hile du rein que je prends entre deux pinces, l'une inférieure contenant l'uretère, l'autre, supérieure, courbe, rasant le rein et pinçant les vaisseaux. J'abats alors la tranche moyenne du rein et j'ouvre dans ces différentes manœuvres plusieurs abcès. J'ai aussi isolé de son pédicule vasculaire toute la moitié supérieure du rein qui présente plus du double de son volume normal et que je puis progressivement isoler et fragmenter en remontant très haut derrière les fausses côtes, sans avoir aucun suintement sanguin. C'est surtout la dif-

férence de consistance des tissus et leur coloration qui guident dans ces manœuvres. L'ablation terminée, je m'assure par la palpation qu'il n'existe aucun ganglion, ce qui est d'autant plus facile que j'ai une grande cavité béante absolument souple.

Je laisse à demeure la forcipressure du hile, parce que la pince me paraît trop près de la veine cave pour permettre sans danger une ligature. La cavité est bourrée avec la gaze iodoformée. Le nombre des abcès ouverts pendant l'opération, et comptés par M. Huber, est de douze. Le parenchyme intermédiaire présente des lésions de la pyélo-néphrite classique. Les pinces sont enlevées au troisième jour. En somme, nous n'avons eu aucun accident opératoire. L'opération avait duré une heure et demie. Les accidents post-opératoires se réduisirent à un choc assez marqué dont les injections sous-cutanées de sérum artificiel et d'éther eurent raison en quelques heures.

La quantité d'urine, qui était de 700 centimètres cubes le jour de l'opération, s'élève le lendemain à 950 et, dès le sixième jour, elle était de 1800.

La température n'a jamais dépassé 38° et, vers la fin de juillet, M. D. pouvait se lever et faire des promenades en voiture.

J'ai eu de ses nouvelles en mai 1894. Il n'a présenté depuis son opération aucun accident. Sa cicatrice n'est le siège d'aucune douleur. Sa santé est parfaite, il a pris un notable embonpoint et il vaque à ses affaires.

« Voici donc une opération particulièrement difficile à cause des adhérences de l'organe au tissu cicatriciel inextensible qui l'enserrait et de l'état précaire du sujet qui n'aurait certes pas supporté une perte de sang notable. Je suis convaincu que c'est grâce au morcellement méthodi-

quement pratiqué, que j'ai pu mener à bonne fin l'opération et sauver le malade. Je n'hésiterai pas à y avoir recours de nouveau dans un cas semblable, et je suis convaincu qu'il y a là une manœuvre capable de rendre les plus grands services dans des circonstances bien déterminées ; c'est pourquoi j'ai tenu à la faire connaître en l'appuyant sur un exemple ».

A cette observation, qui nous a servi de point de départ, nous pouvons en ajouter aujourd'hui quatre autres inédites, que nous devons à l'obligeance de M. Tuffier. Suivant les prévisions de notre cher maître, le résultat opératoire a été excellent, répondant ainsi amplement aux espérances que ce nouveau procédé opératoire avait fait concevoir.

OBSERVATION II (*Inédite*)

M. D. Louis, Eugène, 47 ans, employé de commerce (Calais).

Entré le 26 mars 1896 à la maison Dubois.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 87 ans (?).

Père mort accidentellement.

Antécédents personnels. — Il y a 6 ans a eu une pneumonie assez grave. Reste trois mois au lit.

En 1894 (26 décembre), en pleine santé, ressent une douleur assez forte dans la fosse iliaque gauche. — Il continue à marcher toute la journée ; le soir la douleur n'a fait qu'augmenter. Il se met au lit. Le médecin ne constate qu'un très petit épanchement pleural gauche. Il suit un traitement médical.

Dans les premiers jours de janvier 1895, la douleur iliaque remonte vers les lombes et le flanc gauche. La région est tuméfiée. — Le 13 janvier, M. le Dr Follet, de Lille, pratique une opération sur le rein (?). Incision lombaire, contre-incision du flanc gauche (?). Drainage ; suppuration pendant trois semaines.

Un mois après l'opération, le malade se lève, marche et reprend ses occupations. Il a conservé depuis ce temps une fistule lombaire qui suppure toujours, très peu, mais continuellement.

Etat actuel. — Le malade, qui avait maigri avant le mois de janvier, a repris de l'embonpoint, dit-il, depuis l'opération. Il marche bien, et entre uniquement dans le service de M. Tuffier pour cette fistule suppurante, intarrissable et dont la sécrétion est abondante et parfois fétide. Le malade urine bien. La quantité des vingt-quatre heures est normale.

Le malade présente une cicatrice lombaire gauche, oblique en bas et en avant, de 8 centimètres, présentant à son centre un orifice fistuleux laissant suinter à son entrée un liquide clair, citrin, sans odeur.

Il existe une cicatrice de 4 à 5 centimètres complètement fermée dans le flanc gauche à 2 ou 3 centimètres au-dessus et en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Appareil respirat. : Rien à l'auscultation.

En présence de cet abondant écoulement tantôt clair et citrin, tantôt purulent et fétide, M. Tuffier pense qu'il s'agit d'une fistule uro-purulente entretenue par quelque clapier profond. L'exploration du trajet conduit en bas et en dedans à environ 18 centimètres de profondeur sur le petit bassin.

Le 24 mars 1896, avec l'aide de MM. Marchais et Dujarric, M. Tuffier débride la fistule et voit qu'elle conduit sur un petit clapier, d'où part un second trajet ascendant. Suivant alors son procédé classique, il incise la paroi lombaire à un travers de doigt en avant de l'ancienne cicatrice — sur une longueur d'environ 14 centimètres — pénètre profondément jusqu'au voisinage du rein, résèque toute la masse fibreuse comprenant la cicatrice et les trajets fistuleux ; il trouve alors un tissu formé par le rein grisâtre perdu au milieu d'une gangue fibro-scléreuse pénétrant dans son intérieur et qu'il est impossible de séparer des tissus ambiants. Morcellement progressif de cette masse, qui adhérerait en haut au diaphragme et en dedans jusqu'à la colonne vertébrale en arrière. — Le morcellement est lent et pénible à cause des adhérences et de la consistance dure de tous les tissus. 5 pinces languettes sont laissées sur le hile et dans son voisinage.

Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont très simples. — Les pinces sont enlevées après 48 heures. Le tamponnement est remplacé le cinquième jour, le malade ayant eu 38°5 le soir. — A partir de ce moment, pansement tous les deux jours. — Le 17 avril, le malade sort, n'ayant plus qu'une petite plaie de 5 centimètres de profondeur et qu'il vient faire panser tous les deux jours.

OBSERVATION III (*Inédite*)

M. G., 39 ans — gardien de la paix, entré le 26 octobre 1896 à la maison Dubois.

Pas d'antécédents héréditaires.

Ant. personnels. On ne retrouve dans les antécédents du malade qu'une blennorrhagie il y a vingt ans.

Il y a deux ans, le malade eut sans cause une hématurie abondante (sang mélangé à l'urine), et six semaines après une douleur vive sous forme de colique, localisée à la région lombaire du côté gauche. A la suite, il reste un an sans souffrir et à partir du mois de janvier 1896, il souffre sous forme d'endolorissement continu de la région lombaire du côté gauche, endolorissement plus accusé pendant la marche.

Au mois de mars, les urines sont devenues purulentes avec des variations dans la quantité du dépôt ; de plus, depuis six mois le malade a des fréquences de miction ; il est obligé de se lever trois ou quatre fois la nuit. A son entrée à l'hôpital, on constate que l'urine est uniformément trouble avec dépôt purulent abondant. Cependant, au dire du malade, le dépôt était plus abondant antérieurement. La quantité des urines est de trois litres environ par 24 heures. — De temps en temps intermittences d'urine claire et trouble et d'accès fébriles vespéraux.

Depuis le mois de janvier, le malade qui était très fort et d'un embonpoint moyen a maigri beaucoup et a perdu l'appétit. — Tous les modes de traitement employés contre la pyélonéphrite et la cystite bacillaire ont échoué.

Aucune lésion tuberculeuse du côté de la prostate ou du

testicule, ni du côté du poumon. La palpation de la région de rein est douloureuse du côté gauche, mais on ne sent rien d'anormal. La percussion indique une zone de matité rénale inférieure très mobile.

Diagn. — Tuberculose rénale gauche avec distension rénale inférieure. Opération pratiquée le 31 octobre. — Néphrect. par morcellement, incision lombaire très oblique, parallèle à la douzième côte, partant de la masse sacro-lombaire sur une étendue de 18 centimètres ; section des divers plans jusqu'à la capsule propre ; atmosphère graisseuse sclérosée, dure, friable ; sous elle on ouvre un premier abcès du volume d'une grosse orange, on met le doigt dans le rein bosselé, aminci, grisâtre et on pénètre jusqu'au niveau d'une région que l'on croit être le bassin. — A la partie supérieure de cette première cavité, on a une impression de dureté, annonçant une autre cavité ; l'on ouvre et il sort un pus phlegmoneux, et en y mettant le doigt on monte dans le thorax jusqu'à la face postérieure de la septième côte, et on ouvre une troisième collection à la partie postérieure du rein, à travers la seconde. On sent alors à la partie inférieure une masse du volume de la moitié du poing et en l'examinant on ouvre de nouveau deux petits abcès. Dans ces conditions on se décide à pratiquer une néphrectomie par morcellement. Décollant la cavité située à la partie supérieure du rein, on l'amène progressivement dans le champ opératoire avec des pinces à abaisser et on arrive ainsi par sections successives à supprimer toute la partie supérieure du rein, sans aucune hémorrhagie. Autant pour la partie postérieure jusqu'au niveau du hile. Toute cette région est sclérosée, si bien qu'au niveau du hile, les lésions sont trop friables pour mettre une pince.

On morcelle la partie inférieure farcie de petits abcès et on laisse deux clamps courbes à demeure au niveau du pédicule.

Toute la paroi de la cavité ainsi formée est souple.

Bourrage de la cavité à la gaze aseptique.

Suites opératoires. — Aussitôt après l'opération (31 octobre) injection de 1 500 grammes de sérum; le soir nouvelle injection de 1500 grammes.

Le 2 novembre, les mèches sont remplacées par un double drain, lavage de la cavité.

Le 15, on remet une mèche et à partir de ce moment on touche deux fois par semaine le fond de la plaie à la teinture d'iode.

Le 20, le malade se lève. — Il va bien et a *engraissé notablement*.

Le 24 décembre, il reste encore une mèche d'environ 15 centimètres. Le malade sort et revient se faire panser. — Il continue à engraisser.

L'examen direct du pus n'a pas permis de déceler le bacille de Koch.

Un lapin inoculé le 31 octobre est mort le 12 décembre.

L'examen macroscopique ne permet pas de conclure d'une façon absolue à la tuberculose; cependant l'état déchiqueté et fongueux des cavités purulentes plaide dans ce sens.

OBSERVATION IV (*Inédite*)

H. L., 48 ans, employé.

Antécédents héréditaires: Père mort d'une attaque d'apoplexie.

Antécédents personnels: Le malade a eu dans sa jeunesse

une rougeole et à onze ans une fièvre cérébrale. A vingt ans un échauffement. Depuis l'âge de 48 ans, il se plaint de douleurs au niveau de la région lombaire droite, mais ces douleurs acquièrent une grande intensité dans ces derniers temps : les urines émises pendant ces crises douloureuses sont purulentes.

Il y a trois mois, le Dr A..., de Boulogne-sur-Mer, l'opère pour un calcul du rein et un abcès du rein. Du pus en quantité considérable s'écoula après l'opération, puis, au bout d'une quinzaine de jours, l'écoulement purulent diminue de plus en plus, non sans laisser pourtant une fistule avec laquelle le malade se présente à l'examen de M. Tuffier.

Les urines examinées au microscope contiennent les éléments du pus.

L'opération est pratiquée le 11 mai 1897, par M. Tuffier.

Incision parallèle à la 12^e côte en avant de l'incision en L faite lors de la première intervention. Le rein est abaissé sur le bord antérieur de la plaie. Le trajet fistuleux est extirpé.

Il est impossible de décortiquer le rein et de le séparer de sa capsule propre aussi bien que de sa capsule adipeuse. On incise et en introduisant le doigt dans l'intérieur du rein on sent deux fragments de calcul, durs, irréguliers, anguleux. Deux abcès sont ouverts ; l'un volumineux, contenant un pus infect, l'autre du volume d'une noix contenant du pus ordinaire. Ceci fait, l'extrémité supérieure du rein, flasque et molle, permet de sentir dans son intérieur des corps durs et anguleux. On revient alors à l'extrémité inférieure qu'on résèque d'une pièce, mais il est impossible d'aborder le hile et la partie moyenne. On se reporte vers l'extrémité supérieure plus facilement isolable qu'on mor-

celle en trois ou quatre fragments. La partie moyenne devient alors plus accessible et, après quelques difficultés forçant l'opérateur à marcher prudemment et à fragmenter par petits morceaux, on parvient à avoir raison de toute cette région, siège de la néphrotomie antérieure.

Débarrassé de presque tout le rein, il ne reste plus qu'un gros moignon pédiculaire interne formé de parenchyme rénal fibreux et sclérosé. Alors, de bas en haut, on isole autant que faire se peut cette masse, on place des pinces à mors courts le long du bord interne, centimètre par centimètre, et on résèque ainsi toute la hauteur du hile sans la moindre hémorrhagie.

On laisse à demeure quatre pinces dans la plaie, parce qu'il semble impossible de placer une ligature sur les tissus sclérosés.

Deux mèches de gaze sont ensuite introduites puis recouvertes par un pansement aseptique.

Le rein a été enlevé tout entier en dix-huit morceaux. Nous donnons à la fin de notre ouvrage le dessin que nous avons exécuté d'après nature, en tâchant d'accommoder et de reconstituer aussi bien que possible les différentes pièces (voir Planche VI). On a trouvé dans son intérieur neuf calculs, dont sept de la grosseur d'un pois et deux beaucoup plus gros, allongés, anguleux, irréguliers et d'une coloration jaune noirâtre.

Suites opératoires.

12 mai. Pouls fréquent, mais assez fort. Pas de vomissements. — Injection de caféine. Todd et Champagne.

13 mai. Le pouls est à 120°. — La température à 37°5. En retirant les pinces il y a un suintement sanguin et putride très abondant.

14 mai. On retire les mèches qui ramènent du pus

d'odeur infecte et le soir la température monte à 38°3, la plus haute température qu'ait faite le malade depuis l'opération.

15 mai. La température tombe le matin à 37° pour remonter le soir à 38°2. Le malade se sent bien.

16 au 19 mai. La fièvre vespérale descend graduellement. Le pouls est bon et le malade a bon appétit. Il ne perd que peu de pus.

20 mai. La température remonte à 38°2. Le malade se plaint de souffrir un peu. Injection de sérum artificiel sous la peau de 1500 grammes.

21 mai. Le pouls est plein et fort. Température matinale 36°8. Le malade est affaibli. Nouvelle injection de 1500 grammes de sérum artificiel.

22 mai. Le malade va beaucoup mieux. Il mange bien. Pouls à 80. — Température oscillant entre 36°8 (matin) et 37°2 (soir). Urines normales. Le pansement est fait tous les jours et l'on retire environ un verre à liqueur de pus, à chaque fois.

7 juin. Le malade reçoit son exéat et revient tous les deux jours se faire panser. Il reste encore une fistule de 5 centimètres environ de profondeur, par où s'écoule le pus ; mais l'état général est bon. Le malade ne se plaint d'aucune douleur.

21 juin. Etat général satisfaisant. Appétit toujours bon. Le malade se promène 3 ou 4 heures par jour. Pas de douleur.

La plaie continue à bien bourgeonner, mais la fistule persiste avec la même profondeur et le suintement purulent continue mais en faible proportion.

(Nous donnons (planche VI) un dessin exécuté d'après nature et montrant le morcellement de ce rein. Les frag-

ments ont été disposés et reconstitués aussi fidèlement que possible).

OBSERVATION V (*Inédite*)

Due à l'obligeance de M. TUFFIER.

Pyonéphrose. — Néphrotomie. — Fistules et abcès persistants. — Néphrectomie par morcellement. — Ouverture de 15 abcès du rein et de l'atmosphère graisseuse périrénale. — Extirpation de trois petits calculs. — Ouverture d'un abcès du poumon.

F. J. 36 ans. Demeurant près d'Alger, négociant en vins.

A. H. : Rien à signaler.

A. P. : N'a jamais eu de maladie.

Il a deux enfants aujourd'hui bien portants.

Depuis sept-huit ans, le malade ressent une douleur assez vive dans la région lombaire gauche. Les urines déjà troubles depuis longtemps le deviennent encore plus à cette époque ; elles déposent abondamment mais restent normales comme quantité.

Les phénomènes douloureux allaient en augmentant, puis apparaît une tuméfaction de la grosseur d'un œuf dans la région lombaire gauche. Le Dr Bruck, d'Alger, mandé en consultation, fait une ponction exploratrice qui ne donne rien, mais il s'établit une fistule, donnant issue à du pus d'une façon constante. Deux mois après, il se décide à opérer largement le malade (mois de juin 1895).

Incision de 12 centimètres. Exploration du rein. Le chirurgien constate que le rein est bosselé et très malade.

Cette opération incomplète n'amena aucune amélioration dans l'état du malade. Les urines sont normales

comme quantité, toujours chargées de pus et laissent un dépôt abondant. Toutes les fois où il y a rétention de pus et que le malade n'en perd ni par sa fistule ni par les urines, il y a de vives douleurs et de la fièvre.

En février 1897, M. Bruck se décide à intervenir de nouveau. Il aurait enlevé une partie du rein en s'aidant de la curette, et n'en aurait laissé qu'un fragment, au dire du malade. L'état général reste ce qu'il était avant, c'est-à-dire assez bon, et le malade ne maigrit pas. La fièvre n'apparaît que lorsqu'il y a rétention du pus, trois fistules drainant en effet les collections purulentes profondes. L'écoulement est horriblement fétide. Actuellement, l'état général est bon, l'appétit excellent et le malade ne tousse pas, mais il crache de temps en temps du pus. La marche n'éveille pas de douleurs, d'ailleurs le malade n'a jamais eu de crises à proprement parler. Les urines sont notablement chargées de pus et le malade en rend 2 litres par jour.

Au niveau de la région lombaire existent trois fistules de 6-7 centimètres de profondeur d'où s'écoulent environ 100 grammes par jour d'un pus épais et fétide.

Le malade vaque à ses occupations, mais, incommodé par la sécrétion continuelle de pus, il vient d'Alger demander à M. Tuffier de le débarrasser de la fétidité de la sécrétion et en même temps des douleurs intermittentes qui coïncident toujours avec la rétention du pus.

Opération. — Le 26 juin 1897, à la maison de santé de la rue Bizet ; M. Cathelin donne l'éther ; MM. B... et R... assistent.

Incision sur le côté gauche, à deux travers de doigt en avant de l'ancienne cicatrice et la dépassant en haut et en bas. Au milieu des tissus sclérosés, on mène une incision transversale qui permet d'extirper largement les trois tra-

Jets fistuleux et toute la cicatrice fibreuse. On tombe alors sur une vaste poche purulente, située à la partie supérieure du rein, extra-rénale, puis on isole et morcelle progressivement jusqu'à ce qu'on arrive sur une surface moins indurée qui peut être le rein. Chemin faisant, on ouvre six abcès à pus fétide, grumeleux, pouvant faire croire à un kyste hydatique suppuré. Le volume de ces abcès varie de celui d'une orange à celui d'une petite noix. Les tissus extirpés par morcellement sont fibro-scléreux et on y trouve au milieu des éléments du rein. On trouve trois calculs peu volumineux d'acide urique, s'effritant facilement sous le doigt. On continue le morcellement, et on extirpe une tumeur du volume des deux poings fibro-graisseuse et scléreuse qu'on poursuit jusqu'au niveau du hile, où M. Tuffier place deux clamps avant la complète libération. Pendant le morcellement on voit sourdre du pus de la partie supérieure de la plaie ; le stylet pénètre à 10 centimètres de profondeur dans la cavité thoracique. On débride alors avec le doigt. Il s'écoule un pus gris, extrêmement fétide, venant du poumon, où il existe un vaste abcès communiquant avec les précédents. Pendant toute la durée de l'opération, le malade rend par le nez un liquide gris noirâtre très fétide, semblable au contenu de l'abcès intra-thoracique et ne permettant pas de douter qu'il existe une communication entre l'abcès et les bronches. Cet abcès pulmonaire est largement ouvert à travers le diaphragme sclérosé et il communique aussi largement avec la cavité d'un abcès sous-diaphragmatique.

Deux pincés à demeure sont laissées au fond de la plaie que l'on tamponne à la gaze iodoformée et à la gaze stérilisée. — Pansement aseptique compressif. — Le nombre des morceaux enlevés est de 30 à 40 et M. Tuffier estime

que cette opération ne pouvait être menée à bonne fin sans l'aide du morcellement.

Suites opératoires : Le malade n'a pas eu de choc appréciable, cependant on se résout à lui injecter 500 grammes de sérum artificiel et à lui faire deux piqûres de caféïne dans la journée. La quantité d'urines, qui a été de 750 grammes le jour de l'opération, s'est élevée le lendemain à 1050 grammes, le surlendemain elle s'est abaissée à 950, et depuis elle oscille entre 850 et 1000 grammes. La température n'a jamais dépassé 38°8 (4^e jour). Le pansement ayant été alors refait, la température est devenue à peu près normale. La plaie bourgeonne bien et le malade ne perd par jour qu'une vingtaine de grammes de liquide séro-purulent. L'appétit et l'état général sont bons (4 juillet 1897).

MANUEL OPÉRATOIRE

Les difficultés et les avantages de la néphrectomie par morcellement nous étant connus, nous tâcherons de décrire aussi exactement que possible la technique préconisée par notre maître, M. Tuffier, en y joignant quelques figures schématiques destinées à rendre les manœuvres aussi claires que possible.

Dans nos figures schématiques, nous avons mis, bien entendu, le rein dans la position la plus favorable pour la démonstration des différents temps opératoires : il est supposé vu par sa face postérieure. Une couche de périnéphrite l'entoure de tous côtés. En haut et à gauche on voit des tractus fibreux constituant les adhérences et reliant cette coque périnéphritique aux organes voisins. Les contours à gros traits indiquent les surfaces *seules* décorticables. Ceci dit, nous prendrons comme exemple de notre intervention le cas le plus fréquent en clinique : rein pyélitique, décorticable sur la plus grande étendue de sa surface, mais absolument fusionné avec ses capsules, la couche périnéphritique et les adhérences qui en partent, à la partie supérieure. Inutile de dire qu'il faut, autant que possible, s'assurer de l'intégrité de l'autre rein. Le

malade est placé dans le décubitus latéral, le flanc soulevé. M. Tuffier pratique toujours une incision de 12 à 18 centimètres, à quatre travers de doigt en dehors de la colonne vertébrale et parallèlement à la 12^e côte, à 1 centimètre au-dessous de celle-ci.

Arrivé sur le rein, il l'isole, autant que faire se peut, il tente la décortication sous-capsulaire, en cherchant un plan de clivage. D'ordinaire, cette décortication se fait sans beaucoup de difficultés à l'extrémité inférieure du rein. Cette extrémité inférieure isolée, elle est amenée dans la plaie lombaire au moyen d'une pince à abaisser ; on place une pince à mors solides de façon à circonscrire et à abattre toute l'extrémité sous-pédiculaire.

Ceci fait, à travers la place laissée libre par cette perte de substance, on introduit une pince à forcipressure courbe, qu'on guide avec les doigts de la main gauche sur le pédicule rénal qu'on étreint en tout ou en partie (V. planche I).

Cette manœuvre exécutée, on tâche d'abaisser doucement le rein et lorsqu'on croit que les tractions modérées ont donné leur maximum d'effet, on introduit une deuxième pince à mors solides, et l'on s'efforce d'enserrer le rein à l'union de son tiers moyen avec son tiers supérieur (V. planche II).

On coupe alors avec des ciseaux au-dessus de cette pince. Chemin faisant, on ouvre de nombreuses poches purulentes qui diminuent d'autant la tumeur et rendent plus étendu le champ opératoire. Cette incision du rein de part en part une fois terminée, on introduit entre

les deux portions divisées une pince qu'on dirige vers le pédicule, qu'on ne tarde pas, après quelques tâtonnements, à embrasser avec les tissus qui le masquent (V. planche III).

Le pédicule étant ainsi doublement pincé, on est dès lors maître de la situation. Le tiers supérieur du rein sclérosé ne saigne presque pas ; on ne s'en préoccupe plus pour le moment et l'on tâche d'avoir raison du tiers moyen. Après avoir enlevé les deux pinces préalablement placées pour éviter l'hémorragie du parenchyme rénal (ce danger n'existant plus par suite du pincement du pédicule), on divise en deux moitiés, antérieure et postérieure, le tiers moyen du rein (V. planche IV), puis on le morcelle jusqu'au voisinage du hile où l'on ne laisse qu'un moignon pédiculaire, qu'on peut cautériser.

Le tiers supérieur du rein est alors attaqué facilement par la large brèche qui permet l'introduction des doigts. L'index écarte la poche rénale de la paroi périnéphritique, autant que la décortication le permet, puis il sert à guider les ciseaux qui par petits coups continuent à détacher le parenchyme rénal de la coque ambiante, et ce sans qu'aucun tiraillement, ni qu'aucune violence soient nécessaires (V. planche V).

Il ne reste plus à la fin de l'opération que deux ou trois pinces sur le pédicule. Elles sont laissées à demeure pendant 48 heures, si la ligature du pédicule est impossible. Autant cette forcipressure a été déconseillée par M. Tuffier, même au cas de tumeurs du rein, autant elle paraît indiquée dans les cas de suppu-

ration où elle facilite le drainage de la plaie. Comme on le voit, on arrive par ce procédé à laisser dans la plaie le minimum de substance rénale, et ceci n'est pas à dédaigner, vu^que cette substance bourgeonne peu, se cicatrise difficilement et donne lieu quelquefois à des fistules.

Ce cas type que nous avons choisi présente souvent des variantes. Quelquefois c'est l'extrémité inférieure du rein qui est adhérente ou distendue; les manœuvres sont à peu près les mêmes: on les commence de haut en bas, au lieu de bas en haut. D'autres fois, on doit faire des néphrectomies secondaires à une première intervention (néphrotomie, etc.). Dans ces conditions, voici ce que dit M. Tuffier (1):

« Lorsque nous agissons dans ces cas, la région
« lombaire est modifiée et par la première opération
« qui laisse une cicatrice indurée, et souvent aussi
« par la maladie; les rapports anatomiques de la
« région n'existent plus, le rein est perdu dans une
« gangue cicatricielle, au milieu de laquelle il est
« difficile de l'isoler; souvent même c'est au milieu
« des plus grosses difficultés que nous arrivons à le
« reconnaître. Ces difficultés, je les ai vues, et j'ai
« été témoin d'accidents graves qui leur étaient
« imputables, aussi dès ma première néphrectomie
« secondaire, en 1889, ai-je donné et suivi le conseil
« d'aborder le rein par une incision portant en dehors
« de la zone cicatricielle, et, sur un malade que je pré-

(1) TUFFIER. *Annales des maladies génito-urinaires*, juin 94.

« sentais à la Société de chirurgie (*Tuff. Soc. de Chir.*
« 1890, p. 41 (Rapport de Brun et *Sem. médicale*,
« 1889, p. 461), je montrais que cette incision lombaire
« devait de préférence être placée parallèlement et en
« amont de la précédente. »

S'il existe une fistule, dans la région où l'on opère, on dissèque et on enlève tout le trajet fistuleux et ce n'est qu'alors qu'on attaque le rein.

Il est évident que nous ne saurions fixer le nombre des fragments qu'il faut pour enlever le rein dans sa totalité, ce nombre étant extrêmement variable suivant les nécessités de l'opération. Dans les régions périlleuses, au voisinage des adhérences et du pédicule, il faut user d'une grande prudence ; il vaut mieux aller par petits coups et enlever des morceaux de faible dimension.

Ce manuel opératoire, certes, n'a aucune prétention à une règle absolue. Il est des cas où on sera obligé de morceler d'emblée en plein parenchyme rénal, sans tenir aucun compte des différents temps que nous avons indiqués, comme on peut s'en rendre compte par notre observation V ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'après avoir pratiqué cinq fois cette opération, M. Tuffier reste convaincu qu'aucun autre traitement n'eût permis l'extirpation du rein malade avec un aussi faible danger opératoire. Nous reconnaissons, en effet, avec notre maître, à ce procédé les avantages suivants :

a) De permettre l'extirpation des grosses tumeurs septiques par une plaie relativement petite, en évitant la voie transpéritonéale.

b) De faciliter singulièrement l'extirpation du rein malade intégralement ou à peu de chose près.

c) De ne pas exposer aux déchirures des organes importants contenus dans la cavité abdominale.

d) De venir en aide à la néphrectomie sous-capsulaire dans le cas où celle-ci rencontre les difficultés créées par les adhérences.

CONCLUSIONS :

I. Dans certaines pyélo-néphrites calculeuses anciennes ou tuberculeuses, dans certaines interventions secondaires à des opérations sur le rein, les procédés opératoires actuellement connus et méthodiquement employés sont souvent insuffisants et dangereux pour l'extirpation du rein.

II. Dans ces cas, pour éviter les accidents terribles (hémorragies internes, foudroyantes, ruptures de l'intestin) que peuvent occasionner les adhérences ou la périnéphrite, pour faciliter singulièrement la tâche de l'opérateur, nous conseillons la *néphrectomie lombaire par morcellement*, d'après la méthode de M. Tuffier.

III. Les tumeurs néoplasiques du rein, friables et saignantes ne peuvent bénéficier que d'une façon très relative de ce procédé opératoire.

Vu le doyen :

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu est permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.















